

Patientkort

Teriflunomide Sandoz

Detta patientkort innehåller viktig säkerhetsinformation som du måste vara medveten om när du behandlas med Teriflunomide Sandoz. Var god läs bipacksedeln för fullständig information.

ALLMÄN VÄGLEDNING

Visa detta kort för alla läkare och all annan vårdpersonal som är involverade i din medicinska vård (till exempel vid olycksfall).

VIKTIGA BIVERKNINGAR

Detta läkemedel kan påverka leverns funktion och vissa celler i blodet som är viktiga för att bekämpa infektioner.

Kontakta din läkare omedelbart om du har någon av följande biverkningar:

- Din hud eller ögonvitor guldfärgas, mörk urin, illamående, kräkningar eller buksmärta. Detta kan betyda att du kan ha problem med levern.
- Hög feber, hosta, frossa, svullna körtlar, reducerat eller smärtsamt urinflöde. I detta fall kan du ha en infektion.

Rapportering av biverkningar:

Om du får biverkningar, tala med läkare eller vårdpersonal. Du kan också rapportera biverkningar direkt (se detaljer nedan).

- Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA, www.fimea.fi eller
- Sandoz A/S: adverse.event.finland@sandoz.com

För kvinnor i fertil ålder, inklusive flickor och deras föräldrar/vårdnadshavare:

- Börja inte med Teriflunomide Sandoz när du är gravid eller om du tror att du kan vara gravid. Din läkare kan be om ett graviditetstest för att bekräfta.
- Använd ett tillförlitligt preventivmedel när du tar Teriflunomide Sandoz. Din läkare kommer informera om potentiella risker för ett foster och om behovet av en effektiv preventivmetod.
- Kontakta din läkare om du vill ändra preventivmetod eller om du vill bli gravid.
- Om du blir gravid eller tror att du är gravid, sluta ta teriflunomid och **kontakta din läkare omedelbart**.
- Vid graviditet kan din läkare rekommendera behandling med särskilda läkemedel för att snabbt och effektivt utsöndra teriflunomid ur din kropp.
- Du ska även diskutera med din läkare om du ammar/planerar att amma.
- Till föräldrar/vårdnadshavare eller flickor: kontakta din läkare när patienten får sin första menstruation för att få rådgivning om den potentiella risken för fostret och behovet av preventivmedel.

Patientens namn: _____

Datum, första förskrivning av Teriflunomide Sandoz: _____

Klinikens namn: _____

Namn på behandlande läkare: _____

Telefonnummer till behandlande läkare: _____